

## QUESTIONNAIRE MÉDICAL

Assuré ..... N° de souscription Ageo.....  
Nom ..... Prénom ..... Date de naissance .....

Questions	Cochez les cases		Précisions en cas de réponse Oui					
	Oui	Non						
1 - Actuellement, êtes-vous en arrêt de travail même partiel ?			Période d'arrêt ..... Motif ..... Traitement suivi .....					
Avez-vous été en arrêt de travail pendant plus de 30 jours consécutifs au cours des 5 dernières années, à la suite de maladies ou d'accidents ?			Période d'arrêt ..... Motif ..... Traitement suivi .....					
2 - Avez-vous une maladie ou une affection autre que les affections bénignes habituelles, une maladie chronique (arthrose, diabète, hypertension artérielle, asthme, rhumatisme..) des douleurs chroniques (dans le dos, les reins, le cou...), un état dépressif, des troubles psychiques ?			Nature ..... Traitement ..... Dates ..... Séquelles .....					
3 - Avez-vous une infirmité ou une malformation physique ?			Nature ..... Traitement ..... Dates ..... Séquelles .....					
4 - Suivez-vous actuellement ou vous a-t-on annoncé que dans les semaines ou mois à venir, vous devriez suivre un traitement médical ou subir une intervention chirurgicale ?			Nature ..... Date du traitement ou de l'intervention .....					
5 - Avez-vous eu, même dans un passé ancien, un traumatisme (crânien, cervical, vertébral, lombaire ou articulaire) ou une maladie grave (exemples : affections cardiaques, pulmonaires, digestives, rénales, maladie du dos, du système nerveux, une dépression nerveuse, un trouble psychique..) ?			Nature ..... Traitement ..... Dates ..... Séquelles .....					
6 - Avez-vous une hospitalisation, une intervention chirurgicale (en dehors des cas bénins comme une appendicite..), une transfusion sanguine après 1982, un traitement médical avec radiations au cobalt ou chimiothérapie, des traitements pour troubles nerveux ou cardiaques ?			Nature ..... Date du traitement ou de l'intervention .....					
7 - Etes-vous actuellement en état d'invalidité ou d'inaptitude au travail, suite à un accident ou une maladie quelconque (rhumatisme, arthrose, lombalgie sciatique, affections disco-vertébrales..) même non traités médicalement ?			Origine (congénitale ou suite de maladie ou accident) : ..... Nature ..... Date .....					
Etes-vous titulaire d'un titre ou pension d'invalidité ?			A quel titre (civil, militaire) ..... Taux .....					
8 - En fonction de votre taille, votre poids dépasse-t-il la limite indiquée dans le tableau ci-dessous ?			Si oui, indiquez votre poids .....en kg et votre taille .....					
Taille en centimètres	140-150	151-155	156-160	161-165	166-170	171-175	176-180	plus de 180
Poids maximum en kilogrammes	60	65	75	80	85	90	95	100

Je certifie que les réponses figurant sur le présent document sont sincères et complètes et j'affirme n'avoir rien dissimulé qui pourrait induire en erreur l'assureur et risquer de fausser sa décision au sujet de l'assurance proposée. J'ai pleinement conscience que, dans le cas contraire, j'aurais commis des réticences et fausses déclarations pouvant entraîner la nullité de l'assurance (article L113-8 du Code des assurances). Je déclare être pleinement informé, que, quelles que soient les réponses données dans le questionnaire médical et notamment s'il est fait mention de données médicales, j'ai la possibilité de le transmettre sous pli fermé au service médical de : Gestion administrative - SG Santé - PH Services - A l'attention de la cellule médicale - 14 rue Joliot Curie CS 30248 - 51010 Chalons en champagne Cedex.  
Dans le cas où je n'ai pas usé de cette faculté, je certifie l'avoir fait délibérément. Si ces réponses ont été adressées ou renseignées par un procédé informatique, je déclare les avoir saisies moi-même ou autorisé expressément et sans contrainte, la personne ayant effectué cette saisie.

Date et signature de l'adhérent